



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

“Duelo por la pérdida de un miembro”

TESINA

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMADO EN
TANATOLOGÍA

PRESENTA

PSIC. HILDA CALDERÓN SANTIAGO



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F. a 24 de abril de 2014.

DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.
PRESENTE.

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

PSIC. HILDA CALDERÓN SANTIAGO

Integrante de la generación 2013 – 2014

El nombre de la Tesina es

"DUELO POR LA PÉRDIDA DE UN MIEMBRO"

Atentamente,

PSIC. VÍCTOR HUGO BOLAÑOS MACÍAS

Director de la tesina.

Dedicatoria

Dado que en todo lo que hago tomo parte de ellos, esto es para ellos.

A mi pequeña, pero muy grande familia

Víctor Romero Morones, mi esposo,

Jennifer Romero Calderón, mi hija, que nunca se apartó de mi lado.

¡Gracias!

Agradecimientos

- A Dios, por tomarme de una mano.
- A mi Virgen María, por tomarme de la otra.
- A mis “pasadores”, como yo les llamé: Olga Santiago Quintero, Lourdes Calderón Santiago, Amelia Calderón Santiago, sin ellas esto no hubiera salido igual.
- Al Dr. Ranulfo Romo Rodríguez, traumatólogo y ortopedista.
- Al Dr. Sergio González Lazzeri, cirujano plástico y reconstructivo.
- Al Dr. Juan Steta Orozco, médico internista y cardiólogo.
- A todo el equipo de médicos que estuvo presente.
- A toda la gente que estuvo a nuestro lado.
- Pero sobre todo, a Evangelina Santiago Quintero, mi mamá.

Índice

1. <i>Justificación</i>	6
2. <i>Objetivos</i>	10
3. <i>Introducción</i>	12
<i>¿Es el duelo una enfermedad?</i>	13
<i>¿Es necesario elaborar el duelo?</i>	13
<i>¿Qué es la pérdida corporal?</i>	14
<i>Las cuatro tareas del duelo de William Worden</i>	15
<i>Etapas del proceso del duelo de Oscar Tovar</i>	18
<i>Negación</i>	20
<i>Ira</i>	20
<i>Negociación</i>	20
<i>Depresión</i>	21
<i>Aceptación</i>	21
4. <i>Tareas para superar la pérdida de un miembro</i>	23
5. <i>Generalidades</i>	30
<i>Miembro fantasma</i>	30
<i>Cuidador primario</i>	31
<i>Cuidados paliativos</i>	31
6. <i>Las cuatro leyes de la Espiritualidad</i>	33
7. <i>Conclusiones</i>	34
8. <i>Referencias</i>	37

Justificación

Agotadora, estresante y demandante, pero sobre todo dolorosa. Se trataba de la segunda mujer en mi vida, como comprendí en el momento de lo ocurrido, y hoy reconozco que fue fuerte, cruel y muy difícil.

El viernes 17 de agosto del 2012 a las 16:02 horas suena el teléfono de mi casa, era mi hermana Olga, – ¿dónde andas? – preguntó con urgencia y voz llorosa.

Un camión de pasajeros atropelló a mi mamá, quien fue trasladada al Hospital Rubén Leñero ubicado en la calle de Tacuba, al norte de la ciudad. Mientras manejo rumbo a la clínica me pregunto si el hecho de que hayan atropellado a mi madre significa que la mataron, en voz fuerte exclamo – ¡voy a matar a la persona que lo hizo! – El tráfico de viernes que no me dejaba llegar, finalmente me resultó beneficioso, me fui calmando conforme pasaba el tiempo. Diversos pensamientos inundaban mi mente: en primer lugar, venganza; en segundo lugar, si mi madre había muerto, ¿la vería el siguiente día?; por último, establecí un diálogo con Dios, – Dios mío, permíteme llegar a despedirme de ella y te prometo no hacer nada de lo que he pensado, solo eso te pido –.

A las 18:00 horas finalmente llegué al hospital, mi hermana, Amelia Calderón, ya estaba ahí, y como en todos los hospitales públicos no me permitieron el paso, cosa que no me importó y entre jalones logré escabullirme de los policías y acceder al edificio. Finalmente, la veo, ahí estaba tan pequeña e indefensa, con su carita de miedo. Dios no solo me permitió verla, ¡estaba viva!

Lo primero que me suplicó fue – ¡No permitas que ese doctor me corte mi pierna! – Tras varias horas de tortura inimaginable por un *machacamiento* de pie, nadie le había dado algún analgésico para que no le doliera tanto.

Decidí exigir un medicamento para el dolor que sentía mi madre, pero al acercarme a una doctora me llevé una terrible sorpresa – no es posible – me dijo, – en unos momentos la ingresarán a cirugía y le cortarán la pierna –, yo no lo podía permitir.

Me avisan que mi hermana Olga Santiago, enfermera quirúrgica del Centro Médico American British Cowdray, acababa de llegar. En ese mismo instante, salí y le pedí que contactara a los médicos de ese hospital debido a que había decidido llevarnos a mi madre para rescatarle su pierna o lo que fuera posible.

Entre llantos y confusión de mis hermanas y míos, Olga logró juntar al mejor equipo de doctores que Dios nos pudo mandar, y procedimos a retirar a mi mamá del Hospital Rubén Leñero, no sin antes recibir una descortés advertencia de los médicos de ese lugar – si usted la saca es su responsabilidad, ya que su madre ha perdido varios litros de sangre –, evidentemente, no me dieron el pase de salida.

A las 21:00 horas, después de que la ambulancia que contratamos y el tráfico nos permitieron llegar al Hospital ABC, mi madre fue atendida. Recuerdo a los médicos interrogarla, – está lúcida – dijo uno de ellos, – por favor, despídanse de ella, es hora de ingresarla a cirugía, no se preocupen –. Mis hermanas, mi hija y yo entramos a darle ánimos, contuvimos las lágrimas para hacerle sentir que todo iba a salir bien y que no estaba sola.

A cargo de los doctores Sergio González, Ranulfo Romo, Juan Steta, entre otros, se le practicaron múltiples cirugías:

- ❖ Cirugía Salvamento de Daños con colocación de fijador externo.
- ❖ Cirugía Osteosíntesis, de tibia y peroné, más toma y aplicación de injerto.
- ❖ Cirugía por Resección de tejido necrótico.
- ❖ Cirugía de toma y aplicación de injerto más colocación de tornillos en tobillo.

El tiempo y la angustia eran interminables. Nos repartimos las tareas, mientras Amelia y Olga recibían las noticias de los médicos, Lourdes Calderón, mi otra hermana, y yo nos fuimos a buscar a la persona que había ocasionado el accidente, Eduardo Ascencio; nos comentaron que el hombre estaba detenido en la delegación Miguel Hidalgo.

Le agregamos otro calvario al suceso, se levantó la denuncia en contra de Eduardo. Salimos bien libradas después de casi un año de luchar entre los juzgados, las delegaciones, la burocracia mexicana, el dolor, el llanto, la rabia y todo lo que lleva un accidente de esta magnitud.

El sábado 18 de agosto a las 2:00 a.m. regresé de la delegación y mi mamá continuaba en cirugía. A las 5:20 a.m. terminó la espera, subieron a mi madre despierta a las salas de recuperación, ella solo pregunta – ¿ya me van a pasar a cirugía? –, le contesté con satisfacción – ¡no mami, ya saliste! –

Los doctores, Amelia, Lourdes, Olga y yo le dimos la excelente noticia, únicamente perdió sus deditos del pie y una parte del mismo, y no la pierna completa como ella temía.

Mi madre permaneció 6 días en el hospital entre la reconstrucción de pierna, injertos, y estudios. Durante la estancia de mi madre en el hospital, tuvo demasiadas visitas que la hicieron sentir bien, ella estaba más feliz que nunca, se consideraba única, y no era para menos, le llevaron a sus nietos, amistades de su iglesia, obsequios, entre otros. La familia se organizó para no dejarla sola ni un solo momento.

El 23 de agosto mi mamá abandonó el hospital con dirección a la casa de mi hermana Olga, quien durante las siguientes semanas se encargaría de las curaciones de sus heridas día y noche. Generosa y desinteresadamente, Olga pidió un mes a cuenta de vacaciones para así poder atenderla y darle los cuidados que se requerían.

El 20 de septiembre Olga tiene que regresar a trabajar, consecuencia de esto, mi madre es trasladada a mi casa. En esta ocasión, con ayuda de mis hermanas, yo me encargaría de la continuación del tratamiento: revisiones médicas, terapia de rehabilitaciones, ejercicios de elasticidad y resistencia para las piernas, y terapia psicológica.

Actualmente, mi madre camina con ayuda de un bastón (al cual esperamos pueda renunciar, si es que eso quisiera ella porque al ser una persona de la tercera edad

a veces pierde un poco el equilibrio), pero al final está con nosotras, un camión no me la iba a quitar, por lo menos ese no.



Objetivos

- ❖ Proporcionar herramientas a toda aquella persona que esté pasando por un accidente similar o igual al que nos tocó vivir a nosotras.
- ❖ Mientras se leen las páginas de esta tesina, otorgar la esperanza a las personas afectadas por la pérdida de un miembro de que sí se puede lograr el mejor resultado, y aceptar que no será el mismo previo al accidente, ya que nada vuelve a ser igual después de una pérdida.
- ❖ Asimismo, concientizar a familiares y amigos de que todos los caminos son difíciles, sobre todo los caminos desconocidos y en los que está de por medio una de las personas que más queremos en la vida.
- ❖ Aprender a no rebelarse contra las realidades, esto solo conlleva al sufrimiento; debemos asumirlas, y no tenemos que hacerlo solos.
- ❖ Contar con redes de apoyo que es importante identificar: la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, el centro deportivo, etcétera. Todos necesitamos de todos, y así como estamos dispuestos a socorrer a los demás, debemos estar dispuestos a ayudarnos a nosotros mismos, y así entender el verdadero significado de la humildad, que es dejar que nos apoyen y recibir esa ayuda con amor.
- ❖ Enseñar a las personas a asumir que lo que pudiera parecer una tragedia, no lo es, y hacer reflexión sobre lo que pudiera haber sido peor.
- ❖ Preparar a las personas a aceptar lo más pronto las cosas, con el fin de ahorrar mucho sufrimiento: las cosas son como son.
- ❖ Alentar a la gente a tomar terapia debido a que una persona que ha perdido algún miembro es muy probable que caiga en depresión. Los psiquiatras y los psicólogos son las personas más indicadas para ayudar a alguien que padece este trastorno (y otros padecimientos mentales), ambos cuentan con el conocimiento adecuado para tratarla. La buena noticia es que la depresión responde bien al tratamiento farmacológico y a la psicoterapia.
- ❖ Animar a la gente a acudir a terapia de rehabilitación física. En condiciones ideales, el tratamiento de rehabilitación comienza antes de la amputación real. Si el entrenamiento no se inicia antes de la cirugía, debe realizarse

inmediatamente después de la operación. Los objetivos en esta etapa son conseguir una independencia funcional respecto a los autocuidados y la movilidad sin una prótesis, así como preparar al paciente y a su miembro residual para el uso de la prótesis.

- ❖ Por último, responder a la pregunta: ¿cómo salvar a una familia cuando se vive una crisis fuerte?

La palabra crisis viene del griego y significa decisión, examen, cambio brusco, momento decisivo en el curso de algo, ya sea una vida, una enfermedad, una relación. Podemos decir que crisis es el momento decisivo entre el progreso y la regresión. Casi siempre asociamos esta palabra con algo negativo, sin embargo, si nuestra decisión es hacia el progreso, la crisis es un momento que nos sirve para crecer.

Introducción

El duelo es el proceso de adaptación emocional que sigue a cualquier pérdida (pérdida de un empleo, pérdida de un ser querido, pérdida de una relación, pérdida de un miembro, entre otros). Aunque convencionalmente se ha enfocado la respuesta emocional de la pérdida, el duelo también tiene una dimensión física, cognitiva, filosófica y de la conducta que es vital en el comportamiento humano y que ha sido muy estudiado a lo largo de la historia.

La elaboración del duelo se entiende como el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida, en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación. Muchas personas que escriben sobre el tema del duelo han enumerado nueve etapas y al menos una de esas personas enumera 12. Una de las dificultades al usar el enfoque de las etapas es que las personas no atraviesan etapas en serie. Además, hay una tendencia en los principiantes a tomar las etapas demasiado literalmente. Para esta tesina el proceso de pérdida atravesará por 5 etapas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación, y no necesariamente se dan todas ni en el mismo orden.

¿Es el duelo una enfermedad?

George Engel argumenta en su tesis que el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, y que es igualmente necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático; asimismo, se necesita un periodo de tiempo para que la persona en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Por esta razón, Engel ve el proceso de duelo similar al proceso de curación. Al igual que en la curación física, se puede restaurar el funcionamiento total o casi total, pero también hay casos de funcionamiento y de curación inadecuados.

¿Es necesario elaborar el duelo?

De acuerdo a William Worden, sí es necesario. Después de sufrir una pérdida, hay ciertas tareas que se deben realizar para establecer el equilibrio y completar el proceso del duelo.

Aunque dichas tareas no siguen necesariamente un orden específico, en las definiciones se sugiere un cierto ordenamiento. Por ejemplo, no se puede controlar el impacto emocional de la pérdida hasta que no se asume el hecho de que la pérdida se ha producido. Puesto que el duelo es un proceso y no un estado, estas tareas requieren esfuerzo y, siguiendo el ejemplo de Freud, hablamos de que la persona realiza el “trabajo de duelo”. Usando la analogía de Engel de la curación, es posible que alguien realice algunas de estas tareas pero no otras y, por lo tanto, tenga un duelo incompleto, tal como podría tener una curación incompleta de una herida.

Del libro: El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia, (Introducción de J. William Worden), Buenos Aires, Editorial Paidós, Edición 1997, pág. 26-27.

¿Qué es la pérdida corporal?

Algunas de estas pérdidas suceden con el paso del tiempo, por ejemplo: la disminución visual, la pérdida de los rasgos de juventud, disminución de memoria y reducción de capacidad auditiva. Con el paso de los años, la ciencia ha ido encontrando opciones para disimular o revertir, algunos efectos de la edad; sin embargo, hay circunstancias donde la ciencia no puede hacer más, y entonces, la única opción es aceptar que el cuerpo ha cambiado.

Desafortunadamente existen otras pérdidas corporales causadas no sólo por el paso del tiempo, sino por alguna enfermedad o un accidente.

Imaginemos a una persona a quien deben extraerle un órgano, o amputar alguna parte de su cuerpo para que pueda continuar con vida. En algunos casos, se puede recurrir a un trasplante o a una prótesis, pero a fin de cuentas, lo original ya no está. En este tipo de pérdidas, no solo se pierde una parte del cuerpo o alguna función de éste; la pérdida corporal, generalmente provoca un cambio en la vida de quien la experimenta. La gama de casos es muy grande, así como los ejemplos de personas que han trascendido a los obstáculos que se han generado por algunos cambios en su cuerpo; sin embargo, la evidencia de una ausencia existe y se sabe.

Del libro: *Un Duelo Silente*. 1 Contextualizando pérdidas (finales, cambios y ausencias), (Introducción de Oscar T. Tovar Zambrano), México, Editorial Trillas, Editores 2013, pág. 47

Las cuatro tareas del duelo de William Worden.

- Tarea I: aceptar la realidad de la pérdida.

Cuando alguien muere, incluso si la muerte es esperada, siempre hay cierta sensación de que no es verdad. La primera tarea del duelo es afrontar plenamente la realidad de que la persona está muerta, que se ha marchado y no volverá. Parte de la aceptación de la realidad es asumir que el reencuentro es imposible, al menos es esta vida.

Lo opuesto de aceptar la realidad de la pérdida es no creer mediante algún tipo de negación. Algunas personas no aceptan que la muerte es real y se quedan bloqueados en la primera tarea. Negar la realidad de la pérdida puede variar en el grado, desde una ligera distorsión a un engaño total.

Otra manera que tiene la gente de protegerse de la realidad es negar el significado de la pérdida, haciéndola menos significativa de lo que realmente es. Algunas personas se deshacen de las ropas y otros artículos personales que les recuerdan al fallecido. Es como si los supervivientes se protegieran a sí mismos mediante la ausencia de objetos que les hagan afrontar cara a cara la realidad de la pérdida.

Llegar a aceptar la realidad de la pérdida lleva tiempo porque implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. La persona en duelo puede ser intelectualmente consciente de la finalidad de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptar plenamente la información como verdadera. La creencia y la incredulidad son intermitentes mientras se intenta resolver esta tarea.

- Tarea II: trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.

Es apropiado usar la palabra alemana *Schmerz* cuando se habla del dolor porque su definición más amplia incluye el dolor físico literal que mucha gente experimenta y el dolor emocional y conductual asociado con la pérdida. Es necesario reconocer y trabajar este dolor o éste se manifestará mediante algunos síntomas u otras formas de conducta disfuncional.

Puede haber una sutil interacción entre la sociedad y la persona en duelo que hace más difícil completar la tarea II: La sociedad puede estar incómoda con los sentimientos de estas personas y, por lo tanto, da el mensaje sutil: “No necesitas elaborarlo, sólo sientes pena por ti mismo”. Esto interfiere con las propias defensas de la persona, llevándole a negar la necesidad de elaborar los aspectos emocionales, expresándolo como: “No necesito elaborar el duelo”.

La negación de esta segunda tarea, de trabajar el dolor, es no sentir. La persona puede hacer un cortocircuito a la tarea II de muchas maneras, la más obvia es bloquear sus sentimientos y negar el dolor que está presente. A veces entorpecen el proceso evitando pensamientos dolorosos. Utilizan procedimientos de detención de pensamientos para evitar sentir la disforia asociada con la pérdida.

Algunas personas que no entienden la necesidad de experimentar el dolor de la pérdida intentan encontrar una cura geográfica.

John Bowlby dice: “Antes o después, aquellos que evitan todo duelo consciente, sufren un colapso, habitualmente con alguna forma de depresión”. Uno de los propósitos del asesoramiento psicológico en procesos de duelo es ayudar a facilitar esta segunda tarea para que la gente no arrastre el dolor a lo largo de su vida.

- Tarea III: adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.

Adaptarse a un nuevo medio significa cosas diferentes para personas diferentes, dependiendo de cómo era la relación con el fallecido y de los distintos roles que desempeñaba. El superviviente no es consciente de todos los roles que desempeñaba el fallecido hasta algún tiempo después de la pérdida. Muchos supervivientes se resienten por tener que desarrollar nuevas habilidades.

El duelo puede suponer una regresión intensa en la que las personas se perciben a sí mismas como inútiles, inadecuadas, incapaces, infantiles o personalmente en quiebra. Los intentos de cumplir con los roles del fallecido pueden fracasar y esto, a su vez, puede llevar a una mayor sensación de baja autoestima. Cuando ocurre

se cuestiona la eficacia personal y la gente puede atribuir cualquier cambio al azar o al destino y no a su propia fuerza y habilidad. Sin embargo, con el tiempo estas imágenes negativas dan paso a otras más positivas y los supervivientes son capaces de continuar con sus tareas y aprender nuevas formas de enfrentarse al mundo.

La pérdida a causa de una muerte puede cuestionar los valores fundamentales de la vida de cada uno y sus creencias filosóficas, creencias influidas por nuestras familias, nuestros pares, la educación y la religión así como las experiencias vitales. No es extraño sentir que se ha perdido la dirección en la vida. La persona busca significado, y su vida cambia para darle sentido a esta pérdida y para recuperar cierto control.

- Tarea IV: recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Volkan dice que el duelo acaba cuando la persona ya no necesita reactivar el recuerdo del fallecido con una intensidad exagerada en el curso de la vida diaria.

La tarea del asesor se convierte entonces, no en ayudar a la persona en duelo a “renunciar” al cónyuge fallecido, sino en ayudarle a encontrar un lugar adecuado para él en su vida emocional, un lugar que le permita continuar viviendo de manera eficaz en el mundo.

Para muchas personas, la tarea IV es la más difícil de completar. Se quedan bloqueadas en este punto y más tarde se dan cuenta de que su vida, en cierta manera, se detuvo cuando se produjo la pérdida. Pero esta tarea se puede cumplir.

Del libro: El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia, (Introducción de J. William Worden), Buenos Aires, Editorial Paidós, Edición 1997, pág. 26-27.

Etapas del proceso del duelo de Oscar Tovar.

Dado que cada ser humano es “único e irrepetible”, los duelos que vivimos también son únicos, porque todos tenemos una historia propia, y una situación propia en el momento de un final importante, e incluso, ante pérdidas similares, nuestras reacciones pueden ser muy diferentes a las vividas en experiencias previas.

Gracias a las investigaciones de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross y debido al ámbito donde se les identificó, hoy se conocen las “etapas del morir” (que después también se les dio el nombre de “las etapas del duelo”) y se puede saber qué esperar cuando se aproxima la muerte de un ser querido o nuestra muerte, así como también se puede conocer qué esperar cuando se aproxima o sucede un cambio importante.

Las etapas que la Dra. Elizabeth Kübler-Ross consideró que conforman el proceso de duelo son las siguientes:

1. Negación. Por lo general sucede al momento de recibir la noticia sobre una pérdida. En esta etapa, generalmente manifestamos nuestra negación ante el hecho, con una expresión equivalente a: “no puede ser” o “esto no puede estar sucediendo”.
2. Ira. Cuando reconocemos que sí sucedió la pérdida, es posible que manifestemos coraje, ira y reclamos. Estas expresiones, generalmente son encauzadas hacia quien consideramos responsable por la pérdida, ejemplo: un médico, una enfermera, un ladrón, algún familiar, Dios e incluso, si es el caso, la persona que murió.
3. Negociación. En esta etapa intentamos negociar (con Dios, con el médico, con la ley, con la pareja, con los socios, con el empleador, etc.) para obtener a cambio la restitución de lo perdido, aunque a veces eso sea imposible como en el caso de la amputación de una parte del cuerpo, la pérdida de la vista o la muerte de alguien. Normalmente en esta etapa ofrecemos hacer o no hacer algo (dejar de fumar, dejar de comer, dejar de

pelear, etc.) a cambio de la recuperación de la persona ausente o de aquello perdido.

4. Depresión. Puede ser consecuencia de no haber obtenido los resultados deseados en la negociación, también se considera que llega como resultado de la ira y el coraje no manifestado en su momento.

Esta es una de las etapas más difíciles y complicadas, sin embargo, su existencia indica que la aceptación de la pérdida va siendo más probable, porque en cierta manera estamos manifestando la rendición, en una lucha contra lo innegable.

5. Aceptación. En esta etapa aceptamos plenamente la pérdida y comenzamos a funcionar de una forma más armónica y cordial con nosotros mismos, con las demás personas y con nuestro entorno.

Negación

Una persona que ha sufrido una amputación se negará a sí misma la pérdida del miembro, esto para evitar el dolor emocional que experimentaría al darse cuenta de que ya nunca volverá a ser la misma. Se trata de un mecanismo de defensa inconsciente, encargado de minimizar las consecuencias de un evento demasiado intenso, para que el individuo pueda continuar con sus funciones. También existe la posibilidad de que el individuo que se aísla y evite cualquier tipo de relación personal, se encierra en sí misma en una especie de estado catatónico por el shock ante la pérdida. De igual forma, evita a toda costa hablar de ello o pensar en sus secuelas.

Aunque tiene una prótesis, mi mamá sabe que nunca volverá a ver sus dedos, no obstante, ella los siente como si aún existieran (miembro fantasma – Ver *Generalidades*).

Ira

En la fase de ira, la persona con discapacidad se da cuenta de que no puede negar la ausencia durante más tiempo y lo afronta con sentimientos de rabia. Las apelaciones a la justicia y la mala suerte son frecuentes. El objetivo es buscar un culpable para dar una explicación de lo ocurrido, para tener algo o alguien del cual sacar fuerzas, pese a que sean desde sentimientos negativos, fantasías, brujerías o hechizos. Es usual que la persona evite o dificulte su curación por su irritabilidad y sus malas reacciones ante los cuidadores y terapeutas. Pueden haber sentimientos no resueltos de culpa que aumentan la ira.

Negociación

Las personas amputadas intentan, por todos los medios, negociar con los médicos para que se les reimplante el miembro o se expresa la necesidad de aplazar una operación complicada y reducir al máximo las pérdidas ocasionadas por ello.

Como buena comerciante que fue desde su traslado (momento en el que mi mamá no perdió el conocimiento a pesar de las horas y litros de sangre desperdiciadas), supo negociar con los paramédicos, enfermeras y sobre todo el médico encargado de amputarle la pierna, que no tomaran decisiones importantes hasta que llegaran sus hijas, en un intento de hacer que la pérdida no ocurra o desaparezca. Negociar tiene sentido en una mente en duelo, que trata de pensar en cosas que se pueden ofrecer, si de alguna manera va a cambiar las circunstancias.

Depresión

En esta fase, la persona deja de luchar ante la seguridad de que la muerte está cerca y no puede hacer nada para evitarlo. Hay que puntualizar que no es una depresión patológica ni mucho menos un signo de debilidad. Esta depresión puede relacionarse con los sentimientos a flor de piel y con una sensibilidad humana a la que no estamos acostumbrados.

Conociendo esta información, me di a la tarea de buscar todos los juegos y entretenimientos que pude, desde libros con crucigramas hasta ver programas de televisión juntas, y puse en práctica distraerla todo el tiempo que duro la terapia de rehabilitación. (Ver *Tareas*)

Aceptación

A medida que el duelo comienza a desvanecerse y los sentimientos intensos se vuelven menos abrumadores, llega la fase de aceptación. A pesar de que tristeza y la nostalgia nunca se irán del todo, la vida continua y la persona en duelo se mueve con ella. La fase de aceptación todavía queda lejos de los acontecimientos de la serie, pero creo que se puede adelantar que ocurre y de una forma muy apropiada para su trasfondo. En esta última parte del proceso, los sentimientos de ira y la depresión de la persona con discapacidad dan paso a una aceptación pacífica de la desaparición del miembro amputado y se redefine de una forma totalmente nueva incluyendo los cambios que conllevan dicha pérdida. Mi madre

aceptará que ha perdido su pie, ahora, eso la confortará – tan solo me fue amputada parte de mi pie con mis dedos por *machacamiento* de un camión – pensará.

¿Que será a partir de ahora? Es algo que poco a poco tendrá que descubrir.

Para que la realización de este proceso (doloroso pero transformador) sea más accesible, se han planteado cada una de las etapas de manera individual y separada, acorde a los sentimientos y emociones que aparecen en cada una de ellas; en realidad, puede darse el caso de que la persona se encuentre en alguna de ellas y de pronto, esté en cualquier otra, esto casi siempre con carácter de regresión, ¡no hay razón para alarmarse! si bien no es obligado, suele suceder. El secreto para continuar avanzando es enfrentar los pensamientos, sentimientos y emociones que en ese instante broten del corazón.

Por un lado, no hay motivo para apresurar el proceso, es tu misión no saltar ninguna de las etapas porque lo único que se ganaría es la certeza de una regresión hacia alguna de las etapas anteriores, aquellas que no fueron trabajadas de manera profunda o aquellas que se intentaron ignorar. Por otro lado, no se debe obligar a sentir o experimentar lo que el corazón no dicta, es probable que alguna de las etapas sea menos intensa para ciertas personas, ya sea porque se tuvo la oportunidad de saldar cuentas, de dialogar, de perdonar y/o de perdonarte.

Tareas para superar la pérdida de un miembro

- I. La palabra que sonaba en mi cabeza era paciencia. La paciencia es una clave para la superación, es una actitud que lleva al ser humano a poder soportar contratiempos y dificultades para conseguir algún bien.
- II. Arriesgar puede no percibirse como la mejor alternativa, mi recomendación es ir por todo, el “no” ya está asegurado. “Solo aquellos que se arriesgan a ir demasiado lejos pueden descubrir hasta dónde se puede llegar” – T.S. Eliot. En el incidente de mi mamá, los médicos nos informaron que podíamos decidir entre cortar de la rodilla para abajo o solo del tobillo para abajo, Lourdes y Amelia me cedieron la decisión y para agrandar el autoestima de mi madre resolví que únicamente cortaran del tobillo para abajo (con el riesgo de que se necrosara la pierna); al final, con todo los obstáculos Evangelina salió casi completa. Una persona puede reducir la depresión y encontrarse mejor si contempla su cuerpo menos mutilado.
- III. Tener los mismos objetivos y metas, tanto tú como él y todos los miembros de la familia. La clasificación que se hace entre sus objetivos generales y específicos es relativa, ya que cada uno de ellos serán interpretados de manera diferente y tendrán relación con otros objetivos.
- IV. Las cosas suceden en el momento y como tienen que ser, no presionar las situaciones, eventualmente, el paciente volverá a utilizar o gozar de las funciones del miembro (en el caso de mi mamá, a caminar).
- V. Cuando te sientes vacilante, solo da el siguiente paso. Si dudas entre hacer o no hacer, continua adelante.
- VI. Cuando se trata de perseguir el bienestar de quien más amas en la vida, no aceptes un “no”.
- VII. Pedir perdón entre los integrantes de la familia, significa que te has detenido a pensar en cómo puede haberse sentido esa persona.
- VIII. Perdonar juntos a la persona que ocasionó el accidente. “Quien no puede perdonar a otros, rompe el puente por el que él mismo puede pasar” – Corrie Ten Boom. La idea es usar lo que pasa como un puente

hacia mejores situaciones, siempre y cuando se haga un esfuerzo en ver la manera correcta de salir del pasado. Si realmente se desea salir adelante, estar mejor y lograr lo que se desea, se debe quitar el traje de autocompasión, dejar las excusas y de culpar a los demás por lo que ha sucedido.

- IX. Como parte del juicio, en el ámbito legal, es necesario el otorgamiento del perdón; para encontrar paz interior pueden pedir que la persona que ocasionó el accidente a la persona le pida perdón viéndola a los ojos, es muy bueno y reconfortante para ambos. “No permitiré que nadie reduzca o degrade mi alma haciendo que lo odie” – Booker T. Washington.
- X. Aspecto esencial de humildad y valentía es pedir ayuda. En ocasiones, por creencias poco racionales como que cuando se pide ayuda es sinónimo de falta de competencia, debilidad, que al pedir un favor se contrae cierta obligación con la otra persona, que se invade el espacio del otro; las personas sienten vergüenza de lo que están experimentando y se niegan a sí mismos el recibir ayuda. La idea de solicitar ayuda cuando es necesario, lejos de convertir a la persona en ser dependiente le dará autonomía y seguridad. Toda ayuda por mínima que sea es bienvenida.
- XI. Pedir ayuda a otro cuidador primario (ver *Generalidades*), es bueno enviar a la persona los fines de semana/una semana/tres días a casa algún hermano. No es conveniente transformarse en una bomba de tiempo mientras se sufre el estrés diario y se vive un desbordamiento emocional porque puede presentarse la claudicación y finalmente, el abandono al discapacitado. Al igual que el aquejado, el cuidador primario necesita ayuda de profesionales para afrontar la situación por la cual atraviesan, y más si solo es una persona la que se hace cargo de todas las necesidades del paciente, la función que realiza puede ocasionarles problemas físicos y emocionales, recordar que como cuidador, también tienes una familia que no debes hacer a un lado.

- XII. Verbalizar y hablar todo lo que pasa por la mente, también, aprender y pedir las cosas por su nombre. “Quien habla bien es una bella y excelente persona” – Platón.
- XIII. Permítele opinar en lo que sea viable, la pérdida de control para ella no es bueno.
- XIV. La comunicación con la familia tiene que ser abundante y ligera, expresando las cosas buenas, pero igualmente el cansancio, el mal humor y/o enojo, nunca utilizando malas palabras ni maldiciones. Asimismo, las expresiones no verbales acentúan la comunicación verbal; en el caso de un discapacitado, el tacto es útil para dar confianza, seguridad, soporte y abrigo. Darle la mano, dar caricias, tocarlo mucho, transmitiendo que lo quieres, que estás ahí y jamás te apartarás.
- XV. Espaciar lo más factible los medicamentos para el dolor, distrayéndola con actividades como las mencionadas anteriormente, muchas veces los dolores son mentales, a veces ya ni siquiera existen. Las actitudes, expectativas, atenciones, experiencias y estados de ánimo, influyen en la forma de percibir el dolor porque los factores psicológicos son determinantes y el dolor está estrechamente vinculado a esas funciones cerebrales.
- XVI. No sobreproteger al paciente, en lugar de ayudar puedes perjudicar; si las terapias de rehabilitación son fuertes o pesadas, los especialistas determinarán hasta donde es ejecutable.
- XVII. No obstante, es de suma importancia que desde el primer momento estén ubicados en la nueva realidad. El discapacitado tiene derecho a una información transparente y objetiva, especialmente, acerca del presente pronóstico y del futuro tratamiento. Lo más conveniente es seguir el método de la verdad soportable, dosificada y en términos comprensibles. Sin embargo, el paciente podría rehusarse a saber esta información y debemos respetar su derecho. Si el médico, el discapacitado y la familia no comparten la misma información, ocurrirá lo que en medicina paliativa se conoce como *muro del silencio*, éste impide

al discapacitado tomar decisiones, a la familiar ayudarlo y al equipo de salud llevar a cabo un tratamiento de alivio adecuado.

- XVIII. La terapia de rehabilitación es inmediata para recuperar sus funciones. Acudir a todas las revisiones médicas posibles, en cualquier ocasión es significativo que familiares directos (hijos o pareja) acompañen a la persona, esto evitará el sentimiento de soledad en este camino tan difícil.



- XIX. Proporcionar al paciente la mejor calidad de vida (bienestar físico, bienestar material, bienestar social, desarrollo, y bienestar emocional) que esté a su alcance. Cuanto se le pueda dar, ahora se tiene una segunda oportunidad de vida con él, mas recuerda que el discapacitado es capaz de abusar del buen trato, confunde su dominio y exige en lugar de pedir. El discapacitado manipula con motivos, como: “ahora ya no puedo salir a lugares como antes”, “ya no puedo pararme a realizar actividades”.

- XX. Llorar en compañía es reconfortante y sana más que llorar en soledad.
- XXI. Acompañar (no es lo mismo que “estar”, acompañar implica una postura mucho más activa, creativa y servicial de nuestra parte) físicamente, leerle, jugar con la persona o escucharle contar la historia de su vida.
- XXII. Recuerda tratar de mantener los lazos familiares, son un gran apoyo en estas circunstancias de prueba. La familia no contemplaba un suceso de esta magnitud, por lo tanto, es oportuno hacer reuniones frecuentes. En un mundo perfecto, todos los integrantes de la familia primaria darán soporte. Desafortunadamente, no es así en la mayoría de los casos. ¡No todo está perdido! Siempre hay por lo menos un *pasador* (para mí fueron mis 3 hermanas) para trabajar, personas que si quieren y pueden ayudar.
- Esclarecimiento de la palabra *pasador*: Tienes que dejar a la reina guapa, pero solo cuentas con 4 pasadores, es obvio que un peinado quedaría precioso con una caja completa de pasadores, mas solo cuentas con 4 y con esos lo vas a lograr.
- XXIII. Arreglar, vestir, maquillar a la persona todos los días como si fueran a salir a una gran fiesta, esto levantará la autoestima de la persona.
- XXIV. ¡Jugar! Son útiles todos los juegos, como: serpientes y escaleras, la lotería, cartas, crucigramas, y entre más integrantes jueguen con la persona mejor. El juego constituye un estímulo para el desarrollo afectivo, físico, intelectual y social, es un factor de equilibrio y autorrealización.
- XXV. Ver películas, sobretodo, buscar películas de personajes que hayan superado una discapacidad como ésta, que la persona observe que no es la única, no es ni la primera ni la última y que ella también lo va a lograr. Igualmente, comprar sus películas favoritas y compartirlas con ella.
- XXVI. Platicar con la persona que lo que ocurrió fue un accidente, un suceso provocado por una acción repentina que da lugar a una lesión corporal, un fenómeno de carácter imprevisible e incontrolable, el cual ella no pidió y mucho menos es la culpable.

- XXVII. Las visitas de toda clase de amigos, familiares, conocidos es un apoyo físico muy importante para dar ánimos y hacer sentir importante a la persona. En estas circunstancias, les gusta ser el centro de atención, que la gente cercana vea el progreso y como va saliendo del accidente.
- XXVIII. En cuanto le sea posible al paciente, adjudica actividades que le hagan sentirse útil (desde ayudar a limpiar una olla de frijoles, cocinar un arroz, hacer una salsa, tejer, entre otras), les es agradable. Por una parte, no lo límites ni subestimes en la medida que vaya participando en diversas labores. Por otra parte, no le impongas.
- XXIX. Otorgar el tiempo y la actitud indispensable es vital, al principio la persona tendrá miedo de volver utilizar el miembro accidentado, es normal y comprensible. La frustración, impotencia y miedo son comunes al principio de la rehabilitación. El paso del tiempo lo cura todo, pero hay que poner de nuestra parte.
- XXX. Los temores de una persona que ha perdido un miembro requieren atención permanente, considerada y de un experto. Los problemas más difíciles de afrontar son la sensación de impotencia, la pérdida de control, el miedo al dolor y a la muerte. Por ende, es necesario que el equipo de salud esté preparado para ayudar y proteger emocionalmente al discapacitado y a su familia.
- XXXI. No necesitas ganar cada discusión que se lleve a cabo. Puedes acodar desacordar.
- XXXII. Desde que por primera vez los seres humanos aparecieron sobre la faz de la Tierra han tratado de atisbar lo que el futuro les tiene reservado, ya sea mediante la ciencia o mediante el uso de la magia. Sin embargo, nadie ha podido predecir el futuro y no es posible dar por hecho nada de lo que sucederá. Por lo tanto, hay que aprender a recibir las pruebas que Dios manda, ya que si la esquivas la volverá a mandar corregida y aumentada hasta que asimiles una lección.
- XXXIII. Dimensiona las catástrofes con esta frase: “¿En cinco años tendrá esto alguna importancia?” No importa lo excelente o pésima que sea una

situación, ésta cambiará más pronto de lo que esperas. ¡Cree en los milagros!

XXXIV. Orar, cuando ofreces una afectuosa oración (tengas la creencia que sea, o incluso solo dediques unas palabras a manera de plegaria), el alma se desahoga y tranquiliza, ese es el poder de las palabras. A continuación de una pérdida es valioso hacerlo; reza como una reflexión, como algo que nace del corazón. El poder de la oración está en el pensamiento, no se concreta a las palabras ni al lugar; es decir, para que ésta cumpla su cometido hay que hacerlo con profunda fe, no como si se recitara una simple fórmula.

XXXV. Dios nunca pone más peso del que podemos cargar.

Considera que estas tareas pueden disminuir en gran parte el desgaste físico, emocional y el grado de ansiedad que conllevan a una enfermedad o la muerte, además de evitar la resignación familiar, que tristemente se da en ciertos casos.

Generalidades

Miembro fantasma

La persona que ha perdido un miembro advierte que le falta gracias a la visión, pero perceptivamente su cerebro cree que todavía sigue ahí.

¿Por qué se da este fenómeno? Se da porque a pesar de que han quitado una parte del cuerpo, el área del cerebro dedicada a ello sigue intacta. Parece ser que al dejar de recibir información de la parte ausente de una manera repentina, el cerebro se auto estimula generando sensaciones por su cuenta.

Entre el 50 y 80% de las personas amputadas experimentan estas sensaciones fantasmas en su miembro amputado, y la mayoría de estas personas dice que las sensaciones son dolorosas. Las sensaciones fantasmas también pueden ocurrir después de quitarse otras partes del cuerpo y no necesariamente un miembro, por ejemplo después de quitarse un seno, un diente o un ojo.



Cuidador primario

El cuidador primario es la persona que asume la responsabilidad de la atención, apoyo y cuidados hacia el paciente, además, acompaña la mayor parte del tiempo a este.

Es necesario reconocer las necesidades del discapacitado, la disponibilidad del tiempo de otros familiares, la experiencia en el cuidado del cuidador, su voluntad de participar y de aprender a hacerlo, y la situación económica de la familia para valorar si es posible contratar ayuda externa o no, para lo cual se debe convocar a una reunión familiar.

El cuidador primario pone en práctica la solidaridad con el discapacitado y es él el que más pronto comprende que no es posible quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a la familia.

Los cuidadores primarios informales no son retribuidos económicamente, y el tener que asumir este rol genera estrés, ansiedad, aislamiento social y alteraciones físicas y económicas.

Los cuidadores primarios son vulnerables a desarrollar el llamado *síndrome de burnout*, el cual resulta de estrés crónico no manejado exitosamente (las personas que lo experimentan deben tratarse y recibir apoyo).

Cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como cáncer, para mejorar la calidad de vida del paciente y sus familiares.

El objetivo de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundarios de una enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológicos, emocionales, prácticos, sociales y espirituales

correspondientes. El objetivo no es curar la enfermedad. Los cuidados paliativos también se llaman cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo y control de síntomas.

Los cuidados paliativos se administran desde el momento del diagnóstico y durante el curso de la enfermedad. Por lo general, estos cuidados son administrados por un especialista que trabaja con un equipo de profesionales médicos, tales como doctores, enfermeras, dietistas titulados, farmacéuticos y asistentes sociales.

Los cuidados paliativos son distintos de los cuidados al final de la vida. Aunque tienen los mismos principios de comodidad y apoyo, los cuidados paliativos empiezan con el diagnóstico y continúan durante el tratamiento del cáncer y después.

Los hospitales, los centros oncológicos y los establecimientos de atención médica a largo plazo los proporcionan. Los pacientes pueden también recibir estos cuidados en casa. Los médicos y los hospitales locales pueden proporcionar los nombres de especialistas en control de síntomas. Los familiares del paciente también pueden recibirlos.

Las cuatro leyes de la Espiritualidad

Sai Baba

1. “La persona que llega es la persona correcta”

Es decir que nadie llega a nuestras vidas por casualidad, todas las personas que nos rodean, que interactúan con nosotros, están allí por algo, para hacernos aprender y avanzar en cada situación.

2. “Lo que sucede es la única cosa que podía haber sucedido”

Nada, pero nada, absolutamente nada de lo que nos sucede en nuestras vidas podría haber sido de otra manera. Ni siquiera el detalle más insignificante. No existe él: “Si hubiera hecho tal cosa.... Hubiera sucedido tal otra...”

No. Lo que pasó fue lo único que pudo haber pasado, y tuvo que haber sido así para que aprendiéramos esa lección y sigamos adelante. Todas y cada una de las situaciones que nos suceden en nuestras vidas son perfectas, aunque nuestra mente y nuestro ego se resistan y no quieran aceptarlo.

3. “En cualquier momento que comience es el momento correcto”

Todo comienza en el momento indicado, ni antes, ni después. Cuando estamos preparados para que algo nuevo empiece en nuestras vidas, es allí cuando comenzará.

4. “Cuando algo termina, termina”

Simplemente así. Si algo terminó en nuestras vidas, es para nuestra evolución, por lo tanto es mejor dejarlo, seguir adelante y avanzar ya enriquecidos con esa experiencia.

Creo que no es casual que estén leyendo esto, si este texto llega a nuestras vidas hoy es porque estamos preparados para entender que ningún copo de nieve cae alguna vez en el lugar equivocado.

Conclusiones

Después de una pérdida, nos da la sensación de que todo se ha derrumbado, que no volveremos a ser felices y que nuestra familia ha quedado mutilada. Conforme avanzamos en el proceso de duelo, termina el luto material y emocional, y empezamos a ver las cosas de otro color, como si se nos hubiera retirado un velo oscuro que hasta ahora cubría nuestros ojos.

Entonces, te sorprenderás a ti mismo riéndote o simplemente con una sonrisa sincera en la cara. Menos ansioso y más tranquilo, habrás encontrado paz. Ahí está el comienzo de la recuperación. Estos gestos serán cada vez más frecuentes, y si bien al principio no te lo crees y en ocasiones hasta saboteas esta felicidad incipiente, poco a poco compruebas que ya no hay hemorragia, ya es solamente un goteo y puedes comenzar la reconstrucción.

Retomar las costumbres y el ritmo de una familia es muy importante. Manda un mensaje claro al universo de que fluyes con él, comenzarás a entender que la vida es un movimiento perpetuo y quieres participar con él.

¿La felicidad es posible después de una pérdida? Por supuesto que sí. El duelo es una batalla, pero el contrincante somos nosotros mismos; gana tu lado de luz y fortaleza o se abandona y avanza la oscuridad y la depresión. Si nos encerramos en nuestro dolor, si tenemos altas expectativas respecto a la conducta de los demás y sobretodo si conservamos la sensación de que nadie puede entendernos, entonces no habrá avances ni crecimiento.

Por dura que haya sido la experiencia, por costoso que haya resultado el error, es siempre posible volver a empezar. Mientras hay vida, hay esperanza.



Debemos aceptar que hay algunas situaciones donde no podemos elegir porque son en realidad producto de una elección previa o simplemente tiene que ver con el destino. Las cosas pasaron como tenían que pasar, no como yo hubiera querido que pasaran. No se trata de superar una situación traumática sino de aceptarla. Atormentarnos porque no estuvimos ahí justo en el momento del evento, no es necesario, si hubiéramos tenido que estar ahí es porque habría un aprendizaje para nosotros. Recuerda que Dios no envía a ninguno de sus hijos más de lo que pueden soportar, y no olvides el proverbio: “Si evitas los desfiladeros por temor a la tormenta, nunca conocerás la belleza de sus entalladuras”. En lugar de cuestionarnos siempre “¿por qué a mí?”, debemos preguntarnos “¿y por qué a mí no habría de pasarme?” No hay inmunidades o excepciones, todos somos vulnerables y mortales, sin importar condición económica, puesto de poder, influencias o resistencia a que esto ocurra.

Sobreponerse a una pérdida requiere compromiso, cuidados, cariño y tiempo. Ese tiempo que tardan en recuperarse nuestra autoestima y sentido de seguridad dependerá en gran medida del estado en que se encontraban antes de la pérdida.

Ser responsable y feliz es decidirnos a encarar nuestra vida con absoluto protagonismo, entendiendo los hechos de la vida como una consecuencia deseada o indeseada de algunas de nuestras decisiones. Algunos dicen que el perdón es un proceso, eso es cierto, pero empieza con una decisión; una vez que decides cambiar tu historia obtienes un final feliz.

En nosotros está el tomar las cosas como tragedias o lecciones, siempre tenemos la opción de conservar el aprendizaje y soltar la anécdota y el enojo o bien no hacerlo y asumir las consecuencias.

Referencias

- ✚ Basañez Liz., *Y tus emociones, ¿qué dicen? aprende a manejarlas*, Editorial Pax México, 2008.
- ✚ Behar Daniel, *Un buen morir*, editorial Pax México, 2003.
- ✚ Brett Regina, *DIOS nunca parpadea*, editorial Planeta Mexicana, S.A. de C.V. 2011
- ✚ Borbolla de Niño de Rivera Julia, *Sin dañar a terceros*, Editorial Diana México. 2007.
- ✚ García Portillo Norberto., *Cuando un ser querido se va*, Editorial Diamante, Editores Mexicanos Unidos, S.A. 2010.
- ✚ Kübler-Ross Elizabeth, *Una luz que se apaga*, editorial PAX México, 1985
- ✚ Kübler Ross Elizabeth, *Sobre la muerte y los moribundos*, 1969
- ✚ Levinstein Raquel, *Cuando alguien se va*, Editorial Panorama, S.A. de C.V. 2005
- ✚ Ordica Manuel, *Los grandes problemas de México*, El Colegio de México, 2010
- ✚ Pérez Islas Gaby, *Cómo curar un corazón roto. Ideas para sanar la aflicción y la pérdida*, editorial Planeta Mexicana, SA de CV., 2011.
- ✚ SEPIMEX.wordpress.com., Psicología de alto nivel.
- ✚ Tovar Zambrano Oscar, *Un duelo silente*, Editorial Trillas, 2013
- ✚ Worden J. William, *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, Editorial Paidós, 1997
- ✚ Duelo (psicología), Tomado de: [http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_\(psicolog%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Duelo_(psicolog%C3%ADa)) El 10 de marzo del 2014.
- ✚ “Etapas del duelo después de la muerte”, Tomado de: http://www.ehowenespanol.com/etapas-del-duelo-despues-muerte-lista_43443/ El 11 de marzo del 2014.

✚ “7 razones por las cuales dejar el pasado atrás y perdonar”, Tomado de:
http://voces.huffingtonpost.com/christopher-barquero/perdonar-dejar-pasado-atras_b_3859845.html el 11 de marzo del 2014